Ueber einen Fall von absoluter Pankreasinsuffizienz.

Auszug

aus der gleichbetitelten

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich Wilhelm-Universität zu Berlin

von

Karl Kindermann

approbierter Arzt

aus Göttingen.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Der medizinischen Fakultät der Universität Berlin vorgelegt am 7. Mai 1921.

Referent: Geh. Medizinalrat Professor Dr. Kraus.

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt.

177

Kurz zusammengefaßt hat sich folgendes Interessante ergeben:

Die physiologischen Funktionen der Bauchspeicheldrüse, die unter dem Einfluß vom Vagus und Splanchnicus und eines automatisch-sekretorischen Nervenplexus im Pankreasgewebe stehen, gliedern sich in eine äußere Sekretion der Drüse, die Absonderung der auf die verschiedenen Nahrungsstoffe wirkenden Fermente und in die innere Sekretion, die für den Zuckerhaushalt des Körpers bedeutsam ist. Es können pathologischen Vorgängen im Körper Störungen der äußeren oder der inneren Sekretion zu grunde liegen oder einer Kombination beider, durch Fortfall der gesamten Pankreasfunktion. Eine solche klinische Rarität ist der vorliegende Fall, neben einem Pankreasdiabetes eine exquisite pankreatische Resorptionsstörung.

Es handelt sich um einen 30 jährigen Patienten, der als Kind an Masern, Rachitis und Scharlach litt, mit 20 Jahren an doppelseitigem Lungenspitzenkatarrh, mit 22 an Nierenwassersucht. Vom 18.—24. Jahre war er Weinreisender, trank durchschnittlich 2 Flaschen schweren Wein und $^1/_4$—$^1/_2$ l. Likör täglich. Während seines Kriegsdienstes wurden 4 % Zucker festgestellt, er wurde entlassen und wiederholt eingezogen. Im Juni 1920 Aufnahme in die Charité wegen erneuter Beschwerden: Kopfschmerzen, starker Erregbarkeit, Vergeßlichkeit, Mattigkeit, besonders in den Beinen, vermehrte Eßlust, Durstgefühl, starke Aufblähung des Leibes, reichliche Stühle und Urinmengen, völlige Impotenz. — Patient ist mittelgroß, 53 Kg. schwer, Ernährungszustand mäßig, Aussehen blaß. Zahnkaries. Ueber beiden Lungenspitzen verkürzter Schall, Atemgeräusch abgeschwächt. — Kreislauforgane o. B. Abdomen: stark aufgetrieben. Schall überall tympanitisch, sonst o. B. Urin: Reaktion sauer, tägliche Menge um 6500, spez. Gewicht um 1026. Kein Eiweiß, Zucker 5,2 %, keine Azetessigsäure, kein Azeton. Im Sediment einzelne Leukozyten und Epithelien. Stuhlgang voluminös, stark stinkend, von dicker Fettschicht überzogen. Blutzucker 0,362 %. Wassermannsche Reaktion negativ. Makroskopischer Stuhlbefund lässt auf Resorptions-

störung im Darm schließen, infolge Pankreasinsuffizienz, da Ikterus und Gallenfarbstoffe im Urin fehlen. Beweisend ist: mikroskopisch Kreatorrhoe, Duodenalsaft mit gekochtem Eiereiweiß zeigt im Brutschrank keine Verdauung. Schmidtsche Zellkernprobe positiv. Im abgegrenzten Kot wurden 70 % des eingenommenen schwer verdaulichen Fettes gefunden. Statt 100 und 500 nur 17 Einheiten Diastase bei Prüfung der Kohlehydratverdauung nach Wohlgemuth. Die Ergebnisse lassen auf absolute Pankreasinsuffizienz schließen, der jahrelange, völlig schmerzlose Verlauf auf chronisch indurative Pankreatitis, Pankreaszirrhose mit Atrophie des Drüsengewebes, vielleicht infolge starken Alkoholgenusses.

Interessant ist die Frage der Ernährung bei kolossalem Hungergefühl. Zur besseren Nahrungsausnutzung 3 × täglich 3 Tabletten Pancreon 0,25. Bei Zufuhr von täglich 159 g Eiweiß, 266 g Fett und 283 g Kohlehydrate 4206 cal. Körpergleichgewicht, bewiesen durch Stoffwechselversuch von 3 Tagen:

Eingenommenes Eiweiß . .	446,5 g,	
Ausgeschiedenes Eiweiß im Kot	218,75 g,	= 48,9 %,
„ „ „ Urin	56,6 g,	= 12,7 %,
Ausgeschieden im Ganzen .	275,35 g,	= 61,6 %,
Verwendet sind also . . .	171,15 g,	= 38,4 %,
Eingenommenes Fett . .	857,4 g,	
Ausgeschieden:	393,75 g,	= 45,9 %,
Verwertet:	463,65 g,	= 54,1 %,
Eingenommene Kohlehydrate	834,95 g,	
Ausgeschieden im Urin: . .	1206,0 g,	Defizit bleibt von 371,05 g,
Eingenommene cal.	14448	
Ausgeschiedene cal. an Eiweiß	1128,93	
„ „ „ Fett .	3661,87	
„ „ „ Kohlehydr.	4944,6	
Verwertet:	4712,6	= 31,41 pro Kg. Körpergewicht

Sehr ähnliche, seltene Fälle von Umber und Albu werden angeführt. Die Prognose ist nicht ungünstig, so lange eine Progredienz durch gute Pflege verhindert wird. Maßstab hierfür ist die Abmagerung. Therapie beachtet nicht die Kohlehydratausscheidung, sondern führt soviel Eiweiß, Fett und Kohlehydrate zu, unterstützt von Pankreon, daß Körpergewicht erhalten bleibt.